

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025707

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2016年8月			广东省仲恺区	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心	2017年3月2日	50万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例			<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 10%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input checked="" type="checkbox"/> 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元; 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车; 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	黄	45	一般				
	母亲	谢	40	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	患儿每15-20天需要输血一次,每次去药维持生计,费用比较高。父母靠摆地摊维持一家人生活,有一个哥哥读大学,一个哥哥读初三,姐姐还有一个70多岁的老人要照顾,对于我们这个困难家庭来说已无力承担这高昂的手术费用,在此,我怀着万分恳切的心情向广东公益恤孤助学促进会申请求助。 本人保证上述情况完全真实。							
	申请人签名: 黄 2025年 12月 8 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断重型地中海贫血,拟于2025.12.19行造血干细胞移植,预计 50万 。							
	医师签名: 陈进华 2025年 12月 9 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 25000 元(大写: 贰万伍仟元整)							
	负责人签名: 何清波 2025年 12月 9 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 30,000.00 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)								
负责人签名: 周其明 2025年 12月 22 日								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名:	黃	性别:	男	年龄:	9 岁
病种:	重型地中海贫血				
治疗医院:	广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为黃的治疗费用。

受助人(监护人): 黃

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林修福

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月25日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）
广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区
诊断证明书

姓名: 黄 性别:男 年龄:9岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断:1. 重型 β 型地中海贫血

医嘱及建议: 患儿2025.12.07至今在我院血液肿瘤科住院治疗, 特此证明。

医师签名: *黄玉梅*

日期: 2025-12-9 10:40:51

- 注: 1、未经盖章, 签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



证明

兹有我四九村委
村民，黄 男（身份证
号码 家中收入以农业为主，家中三名小孩读
书。父母双双在家务工，家庭困难，望贵单位给予帮助。
特此证明





2025/12/10 21:56